

Versicherungsantrag

Zahnpflegeversicherung nach VVG

Alle Personenbezeichnungen beziehen sich auf Personen beider Geschlechter und auch auf mehrere Personen.

Berater/-in/Vermittler/-in

Name/Vorname

Nr. Agentur-Nr.

Variante			Monatsprämie											
Anteil	Limite pro Jahr		EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF
			(00-18)	(19-25)	(26-30)	(31-35)	(36-40)	(41-45)	(46-50)	(51-55)	(56-60)	(61-65)	(66-xx)	
<input type="radio"/> 50 %	max. CHF 600.– pro Jahr		6.20	13.10	15.30	22.20	26.80	31.40	33.70	37.50	37.50	37.50	37.50	
<input type="radio"/> 75 %	max. CHF 600.– pro Jahr		7.70	16.30	19.10	27.70	33.50	39.20	42.10	46.80	46.80	46.80	46.80	
<input type="radio"/> 50 %	max. CHF 1200.– pro Jahr		12.30	26.10	30.60	44.40	53.60	62.80	67.40	75.00	75.00	75.00	75.00	
<input type="radio"/> 75 %	max. CHF 1200.– pro Jahr		15.30	32.50	38.20	55.40	66.90	78.40	84.10	93.60	93.60	93.60	93.60	
<input type="radio"/> 75 %	max. CHF 1500.– pro Jahr		18.40	39.00	45.80	66.50	80.20	93.90	100.80	112.30	112.30	112.30	112.30	
<input type="radio"/> 75 %	max. CHF 1800.– pro Jahr		21.40	45.40	53.40	77.50	93.50	109.50	117.50	130.90	130.90	130.90	130.90	
<input type="radio"/> 75 %	max. CHF 3000.– pro Jahr		33.60	71.40	83.90	121.70	146.90	172.00	184.60	205.60	205.60	205.60	205.60	
<input type="radio"/> 75 %	max. CHF 5000.– pro Jahr		48.90	103.80	122.10	177.10	213.70	250.40	268.70	299.20	299.20	299.20	299.20	

CHF

Unfall ausgeschlossen
 EF: Effektivalter
 Anteil: Versicherungsdeckung in %
 Limite: maximaler Betrag in CHF pro Kalenderjahr

Total Monatsprämie VVG

Versicherungsbeginn 01 . .

Angaben zur Person

Versicherte Person

Name/Vorname

Aktuelle berufliche Tätigkeit

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Politische Gemeinde

Ausländerausweis

Telefon privat Telefon Mobile

E-Mail privat

Newsletter abonnieren Ja Nein

Geburtsdatum . .

Geschlecht m w Sprache d f i

Visana-Versicherten-Nr. . . .

Neuaufnahme Vorversicherer

Änderung

Zahlungsmodalitäten

Zahlungsmodalitäten analog Versicherungsantrag übrige Versicherungen.

Prämienzahler (nur Angaben ausfüllen, die nicht mit denjenigen der versicherten Person übereinstimmen)

Familienname

Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon privat

Telefon Mobile

Gewünschte Art der Zahlung der Prämienrechnung sowie der Rechnung für die Kostenbeteiligung

LSV (direkte Belastung durch die Bank)* Debit Direct (Post)* Rechnung/Einzahlungsschein

*Bitte Formular LSV / Debit Direct ausfüllen

Rechnungsstellung

monatlich zweimonatlich vierteljährlich halbjährlich (Skonto 1%) jährlich (Skonto 2%)

Zahlungsverkehr

Postkonto-Nr.

Name der Bank

IBAN-Nr.

Konto-Nr.

Clearing-Nr.

PLZ/Ort (Filiale)

Angaben zur Gesundheit

Gesundheitserklärung

1. Nehmen/nahmen Sie regelmässig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, seit wann/wie lange?

Welche?

2. Besteht bei Ihnen eine Invalidität oder ein Geburtsgebrechen? Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie der IV-Verfügung bei. Ja Nein

Wenn ja, welche Art der Invalidität/des Geburtsgebrechens?

3. Sind Sie zurzeit in zahnärztlicher Behandlung oder ist eine solche geplant? Ja Nein

Wenn ja, Name und Adresse des Zahnarztes:

4. Wie häufig gehen Sie zur Zahnkontrolle? Nie 1x pro Jahr 2x pro Jahr

5. Wie häufig gehen Sie zur Zahnreinigung? Nie 1x pro Jahr 2x pro Jahr

Hinweis für den Antragsteller

Das beiliegende Zahnarztzeugnis müssen Sie von einem eidg. dipl. Zahnarzt ausfüllen lassen. Die Kosten für das Attest, den Kontrolluntersuchung und die Röntgenbilder gehen zulasten des Antragstellers. Der Leistungsanspruch in der Zahnpflegeversicherung beginnt nach der Karenzfrist gemäss AVB (mind. 6 Monate) nach Beginn der Versicherung.

Zahnärztlicher Fragebogen

Versicherte Person (Angaben ab dem 4. Geburtstag zwingend)

Name / Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Bitte legen Sie dem ausgefüllten Fragebogen neuere Originalröntgenbilder (weniger als zwei Jahre alt) bei. Bei Kindern nur Röntgenbilder beilegen, wenn sie vorhanden sind. Ab dem vollendeten 16. Altersjahr sind zwingend Röntgenbilder beizulegen. Die Röntgenbilder werden Ihnen nach der Beurteilung retourniert.

Bitte jede Frage beantworten!

1. Wann fand der letzte zahnärztliche Kontrolluntersuch statt? (Dieser sollte nicht länger als 1 Jahr zurückliegen.)

Datum

2. Besteht eine Krankheit, die den Zustand der Zähne beeinflusst/beeinflussen könnte?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

3. Erfolgt bisher zahnärztliche Kontrollen und Zahnsteinentfernungen?

Ja Nein

Wenn ja, in welchen Abständen?

4. Ist eine Behandlung vorgesehen?

Ja Nein

Wenn ja, welche und für wann ist diese geplant?

5. Bestehen Abrasionen oder Erosionen?

Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

6. Besteht eine Zahn- oder Kieferfehlstellung?

Ja Nein

Wenn ja, welche Art der Fehlstellung?

7. Sind Füllungen vorhanden?

Ja Nein

Wenn ja, Zustand: schlecht mittelmässig gut

8. Besteht ein fest sitzender oder abnehmbarer Zahnersatz?

Ja Nein

Wenn ja, Zustand: schlecht mittelmässig gut

9. Mundhygiene? schlecht mittelmässig gut

10. Zustand des Parodonts? Wenn vorhanden, bitte Taschenindex beilegen. schlecht mittelmässig gut

11. Sind fehlende, nicht ersetzte Zähne oder Nichtanlagen vorhanden?

Ja Nein

Wenn ja, bitte nebenstehend markieren.

55 54 53 52 51 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 61 62 63 64 65
85 84 83 82 81 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75

12. Sind kariöse Zähne vorhanden?

Ja Nein

Wenn ja, bitte nebenstehend markieren.

55 54 53 52 51 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 61 62 63 64 65
85 84 83 82 81 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75

13. Sind wurzelbehandelte Zähne vorhanden?

Ja Nein

Wenn ja, bitte nebenstehend markieren.

55 54 53 52 51 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 61 62 63 64 65
85 84 83 82 81 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75

14. Sind unfallgeschädigte Zähne vorhanden?

Ja Nein

Wenn ja, bitte nebenstehend markieren.

55 54 53 52 51 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 61 62 63 64 65
85 84 83 82 81 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75

Der unterzeichnete Zahnarzt bestätigt, dass der Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt ist. Unvollständige oder falsche Angaben können die Ablehnung von Leistungen, Vorbehalte oder die Kündigung des Vertrages zur Folge haben. Die Kosten für das Attest, den Kontrolluntersuch und die Röntgenbilder gehen zulasten des Antragstellers.

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Vertragsbedingungen

Der/die Unterzeichnete erklärt, (Zutreffendes ankreuzen)

- vorliegend bei der Visana Versicherungen AG einen Antrag auf Aufnahme in eine Versicherung nach VVG (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag) gestellt zu haben und
- die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben;
 - alle Zahnärzte, Ärzte, Spitäler, Krankenversicherungen und Versicherungen, welche bis zum Zeitpunkt der Antragsstellung und in Zukunft über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person und die Leistungserbringungen Auskunft erteilen können, insoweit von der Schweigepflicht zu entbinden, als die Angaben für die Bearbeitung des vorliegenden Antrages notwendig sind;
 - die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) für die beantragten Versicherungen erhalten zu haben und diese anzuerkennen;
 - davon Kenntnis genommen zu haben, dass die Visana Versicherungen AG die im Rahmen des vorliegenden Antrags gemachten Angaben auf Übereinstimmung mit allfällig bei der Visana Versicherungen AG, der Visana AG, der sana24 AG oder der vivacare AG bereits bekannten Leistungsdaten überprüfen kann – diese Überprüfungsmöglichkeit entbindet nicht von der vollständigen und wahrheitsgetreuen Beantwortung der vorstehenden Fragen;
 - damit einverstanden zu sein, dass Angaben über die abgeschlossenen Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mittels Versichertenkarte elektronisch abrufbar sind.

Weiter bestätige ich,

- dass ich die Information des/der Beraters/-in /Vermittlers/-in gemäss Art. 45 VAG erhalten habe;
- dass ich das Merkblatt «Kundeninformation VVG» erhalten habe.

Ich ermächtige

die Visana Versicherungen AG, Angaben zu allfälligen Ausschlüssen/Ablehnungen an meinen Vermittler weiterzugeben.

Ort/Datum

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
bzw. des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

Stempel und Unterschrift
Berater/-in/Vermittler/-in